

MICHELANGELO ANTUNES FERREIRA

**PERFIL DO PACIENTE HIPERTENSO
ATENDIDO NO DISTRITO DOCENTE
ASSISTENCIAL UFSC - PREFEITURA
MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS NO
PERÍODO DE OUTUBRO DE 1998 A
FEVEREIRO DE 1999**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

**FLORIANÓPOLIS
1999**

MICHELANGELO ANTUNES FERREIRA

**PERFIL DO PACIENTE HIPERTENSO
ATENDIDO NO DISTRITO DOCENTE
ASSISTENCIAL UFSC - PREFEITURA
MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS NO
PERÍODO DE OUTUBRO DE 1998 A
FEVEREIRO DE 1999**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a
conclusão no Curso de Graduação em
Medicina.**

COORDENADOR DO CURSO: Prof. Dr. Edson José Cardoso
ORIENTADOR: Prof. Dr. Marco Aurélio da Ros
CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. Paulo Freitas

**FLORIANÓPOLIS
1999**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer a meu orientador Marco Aurélio da Ros pela pronta disposição com que me recebeu, ocasião em que este trabalho se constituía apenas em uma idéia. Idéia esta que aos meus próprios olhos era vista com enormes incertezas e inseguranças; e já neste instante, para minha surpresa e minha sorte, a figura do orientador mais que um bom orientador se tornou em um incentivador. Assim agradeço a meu orientador pelo tempo comigo gasto, e também pelo exemplo de um médico lutador, fiel às suas concepções pessoais em prol da coletividade.

Durante a confecção deste trabalho tive a oportunidade de circular melhor pelos corredores da Saúde Pública e conhecer melhor pessoas acessíveis e que de alguma forma ou outra também contribuíram para o trabalho. Entre estes gostaria de citar os funcionários da secretaria (Vânia Maria Silvana, Shirley, Dr. Nelson, Dra. Eleonor Minho, Dr. Pedro e Dr. Cesar (do Centro de Saúde da Lagoa). Especial agradecimento ao Dr. Fúlvio Borges Nedel pela técnica e elegância com que ajudou-me na revisão final deste trabalho.

Gostaria de agradecer também meu co-orientador, Dr. Paulo Freitas pela paciência e ensinamentos prestados principalmente na área estatística e de computação sem os quais não seria possível a realização deste trabalho.

Não posso esquecer, é claro dos outros 52 “autores” coadjuvantes deste trabalho: meus colegas ou melhor meus amigos doutorandos que também contribuíram para o embasamento do trabalho.

São poucas as pessoas que ao mesmo tempo nos levantam e nos ajudam seja no lado profissional ou no lado pessoal. Uma delas, a qual devo grande parte

de minha felicidade atual e vontade de viver é minha namorada e companheira Adriana Eich; a qual também participou deste trabalho seja ativamente (na digitação de parte do mesmo) seja passivamente, incentivando-me e encorajando-me a continuar nos momentos difíceis. Com carinho muito obrigado.

Quero agradecer também à minha família, meus irmãos José e Antônio, mas principalmente à minha mãe; mulher forte e humilde e para a qual tenho uma dívida impagável. É a ela que agradeço do fundo do coração à minha educação, à minha formação, à sua dedicação inabalável pela família, à sua amizade e ao seu exemplo de garra, persistência e trabalho. Quero aqui através deste trabalho expressar meu amor e minha admiração a esta grande mulher: minha mãe, obrigado.

DEDICATÓRIA

Acima de tudo gostaria de dedicar este trabalho e agradecer a alguém que infelizmente não está mais entre nós, meu pai. É a ele que devo quase tudo de minha formação ético-moral. Seus ensinamentos de capacidade para o trabalho, honestidade, disciplina, fé e amor à vida estão mais vivos do que nunca! Muito obrigado pai.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. OBJETIVOS	9
3. MÉTODO.....	10
4. RESULTADOS	13
5. DISCUSSÃO.....	20
6. CONCLUSÕES.....	32
7. REFERÊNCIAS.....	34
NORMAS ADOTADAS.....	38
RESUMO.....	39
SUMMARY	40
APÊNDICE	41

1. INTRODUÇÃO

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma entidade clínica multifatorial não mais entendida como uma doença mas sim como uma síndrome, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas e hormonais e a fenômenos tróficos (hipertrofia cardíaca e vascular); e cuja evolução nos indivíduos não tratados se acompanha de elevada morbimortalidade. É considerada portanto um dos principais fatores de risco cardiovascular com um alto custo social sendo responsável por 40% dos casos de aposentadoria precoce e de absenteísmo no trabalho¹.

O aparecimento desses níveis de pressão arterial elevados é facilitado pelo estilo de vida que inclui elevada ingestão de sal, baixa ingestão de potássio, excessivo consumo de álcool e alta ingestão calórica^{1,2}. O último fator de risco é o que mais contribui para o desenvolvimento de peso excessivo ou obesidade, que estão diretamente relacionados à elevação da pressão arterial. Há ainda evidências de possíveis efeitos do estresse psicossocial^{1,3} na pressão arterial relacionados a condições estressantes tais como pobreza, insatisfação social, baixo nível educacional, desemprego, inatividade física e em especial, aquelas atividades profissionais caracterizadas por altas demandas psicológicas e baixo controle dessas situações.

Pelo fato de a HAS ser multicausal e multifatorial, por não acarretar na maioria das vezes qualquer sintoma em suas fases iniciais e por envolver orientações voltadas para vários objetivos, o sucesso terapêutico é bastante limitado quando executado por um único profissional. Esses fatos talvez justifiquem o baixo índice de sucesso e de adesão obtido quando os cuidados aos

pacientes são realizados por um único profissional de saúde, classicamente o médico. Assim é mais do que evidente a importância de uma equipe multiprofissional^{1,4}.

*informações
extra-
clínicas
que se
destacam* → Estima-se que cerca de 15 a 20% da população adulta brasileira e 40 a 60% das pessoas acima de 65 anos de idade possam ser rotuladas como hipertensos^{1,5,8}. Além disto devido à importância como doença crônico-degenerativa, a HAS tem sido objeto de vários estudos epidemiológicos em muitos países⁴, com destaque aos aspectos terapêuticos descritivos de prevalência do problema e/ou de seus fatores de risco bem como os relativos a associação de HAS com as doenças cardiovasculares^{4,6,7,8,9,16,18,21}.

→ No Brasil faltam estudos representativos de todo o país⁶, tendo as investigações restringindo-se a cidades, trabalhadores e a estados. Mas, mais do que isto não foi encontrado na literatura brasileira (consultados a Bireme e Lilacs) estudos epidemiológicos sobre o paciente hipertenso no nível de atenção mais importante no sistema de saúde: o nível de atenção primária.

A Organização Pan-Americana de Saúde considera a atenção primária como capaz de dar solução a mais de 80% dos problemas da população¹⁰. Considerando-se que, estudos brasileiros sugerem que um médico de 1ª. linha pode manejar até 90% das consultas do ambulatório geral¹¹, e entre estas consultas a de pacientes hipertensos, seria portanto de suma importância que caracterizássemos melhor o perfil do paciente hipertenso que procura e pode ser atendido no nível de atenção primária. Com isto já neste nível poderíamos abordar melhor a HAS tanto em aspectos diagnósticos, mas também preventivos. Em nosso meio, no Distrito Docente Assistencial composto por 06 centros de saúde em um convênio UFSC - Prefeitura Municipal de Florianópolis, a HAS é o 8º. motivo de consulta mais freqüente¹⁰, mostrando a relevância de aprofundar

estudos sobre o tema e permitindo, ao menos ao nível local, a caracterização deste perfil.

Sabe-se que entre os portadores de HAS prevalecem os hipertensos leves (85%)⁸, para os quais a identificação do problema e o manejo dos fatores de risco modificáveis pode significar a regressão das cifras tensionais e redução das complicações nocivas. Assim não existiria lugar mais oportuno, precoce e eficaz do que o nível de atenção primária para o diagnóstico, manejo e sobretudo a prevenção desta enfermidade extremamente prevalente e silenciosa.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde⁴ a HAS traz repercussões sociais e econômicas de tamanha magnitude que deve ser considerada um problema de saúde prioritário nas Américas. Isto é ainda mais evidente quando se considera que um número apreciável de pacientes quando busca atenção médica por HAS já apresentam complicações e dano de órgãos-alvo, o que se explica em parte pela ausência de sintomatologia nas fases iniciais. Por isso é que se deve dar tanta importância na detecção precoce e na educação da comunidade, na comunidade e para a comunidade.

Desta forma é importante o conhecimento do paciente hipertenso através de estudos epidemiológicos para que por meio destes possamos instituir medidas mais eficazes de detecção, avaliação, tratamento e principalmente a prevenção primária da HAS.

2. OBJETIVOS

2.1. GERAL

Descrever ^{aspectos do (Marção)} perfil sócio-econômico, demográfico e clínico do paciente hipertenso atendido nos centros de saúde que compõem o Distrito Docente Assistencial UFSC - PMF baseado nas informações contidas no arquivo de acompanhamento didático-pedagógico do internato em saúde coletiva no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999.

2.2. ESPECÍFICOS

- Descrever a conduta médica adotada no Distrito Docente Assistencial diante do paciente hipertenso, quanto à prescrição medicamentosa e solicitação de exames complementares;
- Quantificar o número de encaminhamentos realizados;
- Descrever a autoavaliação do paciente hipertenso em relação a saúde;
- Analisar possíveis associações de interesse entre as variáveis estudadas (conforme o arquivo das consultas do DDA UFSC PMF - Apêndice) com outra amostra formada por pacientes do Acolhimento.

3. MÉTODO

O presente estudo foi realizado na cidade de Florianópolis no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999. É de caráter observacional, descritivo de delineamento transversal.

Foram colhidos os dados referentes ao atendimento geral (Apêndice) de todos os pacientes hipertensos atendidos nos 06 postos de saúde que compõem o Distrito Docente Assistencial UFSC-PMF: Costeira do Pirajubaé; Itacorubi; Saco Grande II; Lagoa da Conceição; Rio Tavares e Córrego Grande. Estes dados foram registrados por 53 Doutorandos da 10^a. fase do Curso de Medicina da UFSC durante o internato em saúde pública no semestre 98-2, os quais preencheram individualmente um arquivo didático-pedagógico onde havia um espaço para o registro das consultas - atendimento geral (Apêndice). Houve extravio de dois arquivos didático-pedagógico, com isto ficamos com 51 arquivos para a análise. Todos os 53 doutorandos eram supervisionados (em cada paciente atendido) por um médico comunitário. A equipe médica era formada por 8 médicos comunitários distribuídos nos centros de saúde supra citados. Ao final do internato todos os arquivos didático-pedagógico foram recolhidos e os dados concernentes aos pacientes com diagnóstico de hipertensão (HAS) foram tabulados no programa EPI-INFO e submetidos à análise estatística. Foram incluídos somente os pacientes com o diagnóstico estabelecido de HAS, sendo excluídos da análise os seguintes pacientes: a) pacientes com arquivo incompleto e/ou mal preenchido; b) gestantes hipertensas; c) pacientes com diagnóstico incerto ou duvidoso.

Definiu-se como paciente hipertenso os que se apresentavam com pressão arterial diastólica acima de 90 mmhg e/ou pressão arterial sistólica acima de 140 mmhg para aqueles com idade superior a 18 anos e com as medidas repetidas mais de uma vez em duas ou mais consultas (3º. Consenso Brasileiro de HAS - 1998).

Foi arbitrariamente definida como consulta nova o paciente já hipertenso atendido uma única vez, no intervalo de tempo deste trabalho, pelo doutorando responsável. Assim a consulta era automaticamente dita retorno quando um mesmo paciente houvesse retornado duas ou mais consultas para o mesmo doutorando evitando-se portanto que um mesmo paciente entrasse repetidas vezes na população de estudo, assim cada paciente tem somente um registro resultando num total de 102 pacientes (que constituem o universo da pesquisa). Ainda que um mesmo paciente consultasse 2 doutorandos diferentes sua consulta era considerada como única (1 registro) e em retorno.

Considerou-se conduta médica diante do paciente hipertenso a atitude médica ao final da consulta, a qual poderia ser uma dentre as 4 opções a seguir: 1º.) quando o médico optava apenas por orientação ao paciente; 2º.) quando optava por orientação e também medicação; 3º.) quando optava por orientação e pedido de exames complementares - sem medicação; e 4º.) quando o médico optava pela soma das 3 anteriores: orientação, medicação e pedido de exames.

Foram analisadas neste trabalho as seguintes variáveis: idade, sexo, escolaridade, consulta nova ou retorno, ocupação, estado civil (situação conjugal), procedência e distribuição dos pacientes nos 06 centros de saúde, quantidade de encaminhamentos, motivo da consulta, problemas do paciente, auto avaliação de saúde e conduta médica.

Com o objetivo de comparar a estrutura da população de hipertensos com a população que consulta por todos os outros motivos nos postos do Distrito

Docente Assistencial, uma amostra da população da mesma faixa etária, acolhida nos referidos postos no mesmo período, foi analisada quanto a variáveis representando características demográficas (idade, sexo), escolaridade e a variável representando características da consulta (nova ou não pelo motivo). A população escolhida para a comparação foi retirada do arquivo das páginas do Acolhimento.

4. RESULTADOS

Nos 51 arquivos encontrou-se um número total de 3124 consultas gerais registradas. Destas, 117 (3,74%) eram de pacientes hipertensos. Destes, 15 não entraram para a análise final por preencherem os critérios de exclusão deste trabalho (14 por fichas mal preenchidas e incompletas e 01 gestante hipertensa).

Os dados a seguir expressam portanto os resultados de 102 pacientes hipertensos atendidos no Distrito Docente Assistencial UFSC-PMF no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999.

A TABELA 1 mostra as variáveis demográficas (idade, sexo), escolaridade e consulta comparando os hipertensos com amostra do Acolhimento.

TABELA 1 - Distribuição da população de hipertensos do presente estudo e amostra da população geral acolhida nos postos do Distrito Docente Assistencial de acordo com idade, sexo, escolaridade e consulta (nova ou retorno) no período de outubro de 1998 e fevereiro de 1999

	HIPERTENSOS		ACOLHIMENTO	
	n(%)	% AC	n(%)	% AC
IDADE (anos)				
25 — 29	3 (2,9%)	2,9%	28 (18,7%)	18,7%
30 — 39	12 (11,8%)	14,7%	45 (30,1%)	48,8%
40 — 49	20 (19,6%)	34,3%	25 (16,6%)	65,4%
50 — 59	19 (18,6%)	52,9%	21 (14,2%)	79,6%
60 — 69	25 (24,5%)	77,4%	15 (10,0%)	89,6%
70 — 79	19 (18,6%)	96,0%	16 (10,6%)	100%
80 — 90	04 (3,9%)	100%	0	
TOTAL	102 (100%)*		150 (100%)**	
SEXO				
Feminino	79 (77,5%)		113 (75,3%)	
Masculino	23 (22,5%)		37 (24,7%)	
TOTAL	102 (100%)		150 (100%)	
ESCOLARIDADE				
Analfabetos	16 (15,7%)	15,7%	10 (6,8%)	6,8%
1º. grau (incompleto ou completo)	72 (70,6%)	86,3%	99 (67,3%)	74,1%
2º. grau em diante	14 (13,7%)	100%	38 (25,9%)	100%
TOTAL	102 (100%)		147 (100%)	
CONSULTA				
Nova	70 (68,6%)		58 (38,7%)	
Retorno	32 (31,4%)		92 (61,3%)	
TOTAL	102 (100%)		150 (100%)	

* Média de idade dos hipertensos: 56,7 anos com mediana de 56,0.

** Média de idade do acolhimento: 44,7 anos com mediana de 40,0. *Desvio padrão*

Assim nos hipertensos a faixa etária com maior número de pacientes foi entre 60 e 69 anos (24,5%), enquanto no Acolhimento foi a faixa de 30 a 39 anos (30,1%). ~~Pela porcentagem acumulada~~ Apenas 14,7% dos hipertensos tinham idade até 39 anos, já no Acolhimento 48,8% tinham idade até 39 anos. Ou ainda: quase metade dos hipertensos (47%) tinham idade acima de 60 anos e por outro lado quase metade do Acolhimento (48,8%) tinham idade abaixo dos 40 anos.

Ainda na TABELA 1 encontrou-se um número de 16 (15,7% dos hipertensos) sendo classificados como analfabetos. Destes apenas 01 paciente sabia escrever seu nome completo. Se somarmos este número ao daqueles com 1º. grau incompleto teremos que 86% dos hipertensos do DDA FFSC PMF não

↑
apresento
de
linha

que consultaram no DDA, pela proposta de APS, considerar como "do" DDA os hipertensos moradores, que devem ser mais 14,7% consultaram

interessante

têm o 1º. grau completo (já que os poucos que tinham o 1º. grau completo também tinham prosseguido até algum nível do 2º. grau ou 3º. grau, sendo classificados na TABELA 1 como 2º. grau em diante).

TABELA 2 - Estado civil de 102 pacientes hipertensos atendidos no Distrito Docente Assistencial UFSC-PMF no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

ESTADO CIVIL	FREQ.	%
Solteiro	4	3,9 %
Casado	72	70,6 %
Separado	4	3,9 %
Viúvo	21	20,6 %
União estável	1	1,0 %
TOTAL	102	100,0 %

TABELA 3 - Ocupações de 102 pacientes hipertensos nos centros de saúde do DDA UFSC-PMF de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

OCUPAÇÃO	NÚMERO	%
Do lar	59	57,8 %
Aposentado(a)	15	14,7 %
Doméstica / Faxineira	10	9,8 %
Comerciante	02	1,9 %
Vigilante	02	1,9 %
Servente	02	1,9 %
Administração	02	1,9 %
Agricultor	01	1,0 %
Artesanato	01	1,0 %
Mestre de obras	01	1,0 %
Motorista	01	1,0 %
Palestrante	01	1,0 %
Professora	01	1,0 %
Rendeira	01	1,0 %
Vendedor	01	1,0 %
Técnico de engenheiro	01	1,0 %
Desempregado	01	1,0 %
TOTAL	102	100,0 %

→ Não tem

TABELA 4 - Motivos de consulta mais freqüentes em 102 pacientes hipertensos atendidos do Distrito Docente Assistencial UFSC-PMF de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

MOTIVOS DE CONSULTA	NUMERO	%
Controle de saúde	41	40,2 %
Mostrar exames	14	13,7 %
Sintomas possivelmente relacionados à HAS*	12	11,8 %
Visita domiciliar	05	4,9 %
Atestado de saúde	04	3,9 %
Ansiedade / depressão	03	2,9 %
Dor abdominal	03	2,9 %
Disúria	03	2,9 %
Zumbido	02	2,0 %
Outros**	15	14,7 %
TOTAL	102	100,0 %

* Aqui estão incluídos: cefaléia, dor torácica, dispnéia, angina e crise hipertensiva.

** Aqui estão incluídos: aumento de peso, azia, controle de diabetes, alcoolismo-diarréia, dor lombar, dor na perna, dor no dedo do pé, dor testicular, vaginose, mialgia, parestesia, pegar medicamentos, prurido, puerpério e tontura.

Na TABELA 5 a fim de se diferenciar um paciente de consulta nova de um outro em retorno correlacionou-se os mesmos com os motivos destas consultas:

TABELA 5 - Os três motivos de consulta mais freqüentes separados por consulta nova ou retorno

MOTIVO DE CONSULTA	CONSULTA NOVA		RETORNO		TOTAL
	FREQ.	% (do total de consultas novas)	FREQ.	% (do total de retornos)	
Controle de saúde	26	37,1 %	15	46,9 %	41
Mostrar exames	6	8,6 %	8	25,0 %	14
Sintomas possivelmente relacionados à HAS*	12	17,1 %	0		12
Outros	26	37,1 %	9	28,1 %	35
TOTAL	70	100,00 %	32	100,00 %	

* Vide tabela acima

Controle de saúde é o motivo de consulta mais freqüente nos 2 grupos. Mas, 25% dos pacientes em retorno vinham para mostrar exames e apenas 8,6% de consulta nova mostravam exames. Também nota-se que 17,1% dos pacientes de consulta nova foram consultar por sintomas possivelmente atribuíveis à HAS e nenhum do retorno consultou por estes sintomas.

TABELA 6 - Problemas mais freqüentes nos hipertensos atendidos no Distrito Docente Assistencial UFSC-PMF entre outubro de 1998 a fevereiro de 1999

PROBLEMA	NÚMERO	%
Somente HAS	43	42,1 %
Diabete melitus	17	16,7 %
Dislipidemia	07	6,9 %
Obesidade	05	4,9 %
Asma / atopia	05	4,9 %
Angina	04	3,9 %
ICC	03	2,9 %
Ansiedade / depressão	03	2,9 %
ITU	03	2,9 %
AVC	02	2,0 %
DPOC	02	2,0 %
Dça vasc. Periférica	02	2,0 %
Outros	06	5,9 %
TOTAL	102	100,0 %

TABELA 7 - Encaminhamento de 102 pacientes hipertensos atendidos no Distrito Docente Assistencial UFSC-PMF no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

ENCAMINHAMENTO	FREQUÊNCIA	%
Sim	11	10,8 %
Não	91	89,2 %
TOTAL	102	100,0 %

TABELA 8 - Procedência e número de hipertensos nos 06 centros de saúde no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

CENTROS DE SAÚDE	Nº DE PACIENTES	PROCEDENTES DO MESMO BAIRRO QUE O CENTRO DE SAÚDE	PROCEDENTES DE OUTRAS LOCALIDADES	%
Rio Tavares	16	16	0	15,7 %
Lagoa	18	15	03	17,6 %
Saco Grande	18	12	06	17,6 %
Costeira	18	16	02	17,6 %
Córrego Grande	17	12	05	16,7 %
Itacorubi	15	14	01	14,7 %
TOTAL	102	85	17	100,0 %

TABELA 9 - Autoavaliação da saúde de 101 pacientes hipertensos atendidos no Distrito Docente Assistencial UFSC-PMF no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE	FREQUÊNCIA	%
Muito boa ou boa	59	58,4 %
Regular ou ruim	42	41,6 %
TOTAL	101	100,0 %

Obs.: Um dos pacientes classificou sua autoavaliação como outros, sendo portanto excluído desta análise

TABELA 10 - Relação entre avaliação de saúde e medicação em 102 hipertensos atendidos no DDA UFSC-PMF no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

MEDICAÇÃO	AVALIAÇÃO DE SAÚDE	
	MUITO BOM / BOM	REGULAR / RUIM
Sim	27 (45,8%)	24 (57,1%)
Não	32 (54,2%)	18 (42,9%)
TOTAL	59 (58,4%)	42 (41,6%)

TABELA 11 - Conduta médica diante de 102 pacientes hipertensos atendidos no Distrito Docente Assistencial UFSC-PMF no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

CONDUTA MÉDICA	FREQUÊNCIA	%
Somente orientação	29	28,4 %
Orientação + medicação	38	37,3 %
Orientação + pedido de exames	13	12,7 %
Orientação + medicação + pedido de exames	22	21,6 %
TOTAL	102	100,0 %

TABELA 12 - Quantidade de hipertensos medicados e não medicados no DDA UFSC PMF no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999

	FREQUÊNCIA	%
Medicados	60	58,9%
Não medicados	42	41,1%
TOTAL	102	100%

5. DISCUSSÃO

O delineamento transversal tem como principais vantagens a rapidez, os custos relativamente baixos e o fato de possuir atributos que permitem, a partir de amostragem representativa de uma população, descrever características da mesma e ainda explorar possíveis associações entre os fatores de risco estudados, desde que esta análise se submeta a um modelo pré-estabelecido. Entretanto o delineamento transversal geralmente não permite estabelecer causalidade uma vez que, tratando-se de um corte no tempo, os possíveis determinantes e o desfecho são vistos em um mesmo momento impossibilitando a utilização da temporalidade como critério causal¹². Uma vez que não era o objetivo estudar a relação causa e efeito, o desenho transversal é útil para este trabalho.

As limitações deste trabalho são entre outras o tamanho da população de estudo e a confiabilidade nos dados registrados. Na realidade não se criou um protocolo específico para o hipertenso, mas sim se adequou o paciente hipertenso ao modelo de arquivo já pré estabelecido para a população em geral. As dificuldades acima mencionadas foram consideradas com cautela no presente estudo, evitando-se a extrapolação dos dados para realidades maiores. Houve também rigidez nos critérios de inclusão e exclusão, participando da população somente os pacientes confirmadamente hipertensos. Assim, acreditamos que os dados permitem refletir sobre o perfil do hipertenso ^{atendido} independente das possíveis falhas. ^{por que?}

No período do trabalho (cerca de 4 meses completos) de um total de 3124 atendimentos, registrados pelos doutorandos nos centros de saúde em consultório (atendimento geral), encontrou-se 117 hipertensos (3,74%). Destes apenas 15

foram excluídos da análise na maioria dos casos por arquivos mal preenchidos. Muito provavelmente o número de hipertensos que procura o DDA UFSC-PMF foi minimizado já que existe a possibilidade de muitos procurarem o Centro de Saúde apenas no setor de triagem para medir a pressão ou apenas para pegar diretamente seus medicamentos em farmácias dentro dos centros (viés de seleção). Estes pacientes geralmente realizam suas consultas com clínicos ou cardiologistas de centros terciários próximos.

Em recente levantamento realizado no mesmo DDA UFSC-PMF a HAS foi relatada como o 8º. motivo geral de consulta ambulatorial sendo responsável por 2,5% dos motivos de consulta¹⁰. *C dados próprios: 3,7% das consultas. Esperado 15-20% adultos*

uito bem Sendo uma enfermidade tão prevalente era de se esperar um maior número de consultas por HAS no nível primário. Estariam estes pacientes consultando em outros níveis e/ou existiria dificuldades em marcar consultas (demanda reprimida)? Questões como estas podem ser melhor elucidadas com estudos de base populacional e com programas comunitários que ocasionem melhor cobertura e abordagem ao paciente hipertenso²³. *E talvez não por não procurar o posto (marfão)*

Em nosso estudo a faixa etária com maior número de pacientes foi entre 60 e 70 anos com a média de idade dos hipertensos de 56,7 anos. Já no grupo acolhimento obtivemos uma média de idade de 44,7 anos com a faixa etária mais prevalente entre 30 e 40 anos. Assim pela TABELA 1 parece existir realmente uma correlação entre a amostra de hipertensos e faixas etárias mais avançadas.

A pressão arterial média tende a aumentar progressivamente com a idade. Como consequência a prevalência e a incidência de HAS também aumentam com a idade¹. É válido lembrar que este aumento da pressão arterial com a idade não deve ser considerado como fisiológico permanecendo as cifras de 140 mmHg e/ou de 90 mmHg como os limites normais para os idosos¹. No Brasil o grupo etário de 60 anos ou mais é o que apresenta maior crescimento na população. *Ref*

Estima-se que em 2025 haverá mais de 30 milhões de idosos no Brasil. Com isto temos uma estimativa de quão importante é o assunto hipertensão para a sociedade e para a saúde pública. Cerca de 65% dos idosos são hipertensos e entre mulheres com mais de 75 anos a prevalência de HAS pode chegar a 80%¹.

Entretanto este aumento no risco de HAS idade - relacionado varia consideravelmente na dependência de fatores não estudados neste trabalho como: estilo individual de vida, raça, nível inicial de pressão e exposição a fatores ambientais.

No outro extremo do assunto idade e hipertensão, está a ocorrência significativa desta em parcelas mais jovens da população. Em nossa casuística, a qual é um estudo de demanda espontânea e não de prevalência, vemos que 14,7% dos pacientes tinham idade até 39 anos com a menor idade de 25 anos. No estudo norte americano Nhamas III¹⁴ com amostra de 8901 pessoas acima de 18 anos, detectou-se uma prevalência de HAS idade específica de 3,3% para homens brancos na idade de 18 a 29 anos, que aumenta para 13,2% no grupo 30 a 39 anos. E ainda, de acordo com o IIIº Consenso Brasileiro de HAS 1998, os estudos epidemiológicos brasileiros têm demonstrado prevalência de HAS de crianças e adolescentes entre 6 e 8%. Portanto atenção especial deve ser dada também a pacientes mais jovens com relação a fatores de risco, história familiar, obesidade, erros dietéticos, sedentarismo e tabagismo¹⁵.

Beem! Com relação ao sexo dos pacientes houve um predomínio do sexo feminino (77,5%). Isto não significa que existem mais hipertensas que hipertensos, apenas que as mulheres hipertensas estão consultando mais frequentemente que os homens hipertensos. Isto foi confirmado quando comparamos o sexo do grupo dos hipertensos com o grupo acolhimento, e confirmamos que o sexo feminino é o mais prevalente nos dois grupos e em proporções quase iguais (77,5% nos hipertensos e 75,3% no acolhimento - TABELA 1). Estes números assemelham-

se com a literatura pois segundo Duncan e Mengue¹³ outros estudos de demanda ambulatorial na atenção primária apontam que aproximadamente 70% das consultas foram realizadas por mulheres. Provavelmente por ocasião do horário das consultas (horário comercial) a maioria dos homens se encontra no trabalho enquanto muitas das mulheres são do lar (57,8% da população pela TABELA 3). Embora modernamente sabe-se que o contrário pode ocorrer.

Na realidade, de acordo com a literatura nacional e internacional em estudos de prevalência, existe um predomínio de homens hipertensos^{1,2,16,17,18}. Por outro lado, em um estudo de HAS em Araraquara - SP 1990¹⁶ também a prevalência bruta predominou no sexo masculino mas os autores constataram que as mulheres (não necessariamente hipertensas) têm mais freqüentemente medidas anteriores de pressão arterial, isto é, têm maior chance de serem diagnosticadas como hipertensas (se assim o forem), porque têm maior acesso aos serviços. Também é relatado na literatura um controle mais efetivo da HAS no sexo feminino¹⁶. A relação entre sexo e HAS entretanto é modificada pela idade. Em adultos jovens a pressão tende a ser mais alta em homens que mulheres. Ao redor dos 60 anos as mulheres tendem a apresentar níveis tensionais que equivalem ou excedem àqueles vistos nos homens. Isto é comprovado em vários estudos epidemiológicos como Nhanes I e Nhanes III¹⁴. Desde o estudo de Framingham mulheres após os 50 anos já apresentavam taxas de HAS comparáveis a dos homens¹⁴.

Pela TABELA 1 obtivemos 16 (15,7%) dos hipertensos como analfabetos. Se somarmos com 1º. grau incompleto teremos que 86% dos hipertensos do DDA UFSC-PMF não tem o 1º. grau completo. Em primeiro lugar tratando-se ou não de hipertensos este dado é por si só preocupante e vergonhoso para qualquer sociedade. Em segundo lugar vale lembrar que a população que procura os serviços de atenção primária é justamente a mais desfavorecida socialmente¹¹.

Quando comparamos a escolaridade dos hipertensos com a amostra do acolhimento percebemos pela TABELA 1 que existe maior porcentagem de analfabetos (15,7 %) entre os hipertensos contra 6,8% de analfabetos do acolhimento. Parece também que os hipertensos chegam menos ao 2º. grau (13,7%) contra 25,9% no grupo acolhimento. A literatura confirma a existência de associação inversa, estatisticamente significativa, entre status de educação e pressão arterial com uma prevalência de HAS de 16,9% entre os analfabetos e semianalfabetos e 2,3% se a instrução foi de nível superior¹⁹. Em um trabalho sobre HAS, realizado em Pelotas (RS) em 1994 pelo Departamento de Medicina Social, 8,8% da amostra foi considerada como sem estudo e neste grupo houve prevalência de HAS de 44,8% contra uma prevalência de HAS de 10,6% se o nível de escolaridade fosse ≥ 11 anos⁸. Todavia outro trabalho mostrou relação pouco nítida entre HAS e escolaridade⁹.

Na TABELA 1 68,6% das consultas a hipertensos foi classificada como consulta nova. Isto não significa necessariamente que era a 1ª. consulta dos mesmos mas sim consulta nova para o respectivo doutorando ficando a partir de então as consultas subsequentes como retorno. Este último foi encontrado em 31,4% das consultas. Para tirarmos alguma conclusão destes dados resolveu-se investigar em que diferia um paciente de consulta nova de um paciente cuja consulta fosse classificada como retorno. Uma maneira encontrada foi saber se os dois grupos consultavam por motivos diferentes. Estes resultados encontram-se na TABELA 5. Nela notou-se que os pacientes de retorno vinham mais para mostrar exames (25%) que os pacientes de consulta nova (8,6%). Como já foi explicado o paciente de consulta nova nem sempre indica 1ª. consulta, por isso é possível que ele venha para consulta nova para mostrar exames. Outro aspecto foi que 17,1% dos pacientes de consulta nova foram consultar por sintomas possivelmente atribuíveis à HAS, enquanto nenhum do grupo retorno foi

consultar por estes mesmos sintomas. Entretanto não pudemos descobrir, com os dados do trabalho, porque os pacientes que retornam assintomáticos (do ponto de vista da HAS). Estariam com um bom tratamento? Sentem-se mais seguros? Ou seriam pacientes em fases iniciais da HAS e mais conscientes retornando às consultas mesmo assintomáticos? Mas, seja consulta nova, seja retorno o hipertenso foi consultar no DDA UFSC-PMF principalmente para controle de saúde.

Uma análise que se faz necessária é sobre o padrão eleito para o internato em saúde coletiva do que é consulta nova e retorno, necessitando homogeneizar (e/ou rever) os critérios para estas definições.

*A pode ser
retornos em
mes meses*

Por outro lado, se analisarmos que no mínimo 31,4% dos hipertensos estão retornando às consultas (mesmo assintomáticos) podemos ter alguma idéia da aderência do paciente ao tratamento o que é por si só muito importante e pouco estudado na maioria dos trabalhos sobre HAS. Pela TABELA 1 vemos que os hipertensos retornam menos (31,4%) que os pacientes do acolhimento (61,3% de retorno). A pouca aderência ao tratamento não medicamentoso e à terapia anti hipertensiva permanece como o principal desafio terapêutico contribuindo para a perda de controle adequado em mais de dois terços dos pacientes com HAS^{1,2}. A conclusão e manutenção dos níveis pressóricos-alvo geralmente necessitam de encorajamento contínuo (através de reconsultas ou até visitas domiciliares para as modificações no estilo de vida e ajustes da medicação). Segundo dados da Liga de Hipertensão do Hospital das Clínicas - SP, 40% dos pacientes deixam de comparecer às consultas em 2 anos de tratamento. Dos 60% que continuam o tratamento apenas 20% controlam regularmente sua pressão. Os outros 40% tomam remédio, mas não se preocupam em controlar a pressão²⁰.

*em grupo
responsável do
tratamento*

Analisando-se estado civil e HAS notamos que 70% dos pacientes são casados e 20,6% são viúvos(as), este último item provavelmente se deve à

elevada frequência de mulheres em nosso estudo. Na literatura são muito poucos os estudos de associação entre estado civil e HAS, um deles realizado na cidade do Rio de Janeiro¹⁷ verificou também que os casados tiveram uma incidência de HAS maior que os solteiros (30,6% x 15,0%). Como já foi mencionado no início desta discussão, devido ao delineamento deste trabalho não se pode falar em causalidade para esta variável. *ou prevalência?*

Com relação a ocupações e profissões não foi possível separá-las em grupos dada a grande diversidade e heterogeneidade das mesmas. Descobrimos pela TABELA 3 um nítido predomínio de ocupações / profissões mais características do sexo feminino (do lar, doméstica / faxineira) o que já era esperado em virtude do predomínio do sexo feminino em nossa população de estudo. Na literatura a respeito de HAS e ocupação existem várias controvérsias. Alguns estudos¹⁹ sugerem uma relação inversa entre morbidade e mortalidade por HAS e níveis socioeconômicos, estes medidos através da ocupação dos indivíduos, sugerindo que trabalhadores do setor secundário (indústria) tivessem médias de pressão mais alta que do setor terciário (serviços). Em outro artigo se encontrou que dentre os homens os prestadores de serviços e os em ocupações técnico-científico administrativas e nas mulheres aquelas do setor primário tinham as mais altas prevalências de HAS⁹. Estes autores sugerem que as diferenças entre os grupos ocupacionais podem estar relacionados à diferença de atividade física, exposição a riscos ambientais, e diferenças nas experiências de vida das classes sociais de onde os grupos provêm. Outros enfatizam que o aumento do estresse psicossocial principalmente para as classes menos favorecidas tem influenciado nos níveis tensionais. Mas há ainda trabalhos que quando se referem a associação de HAS com qualificação profissional sugerem que a maior prevalência entre os menos qualificados deva-se, de fato, à maior exposição destes aos outros fatores

de risco, especialmente obesidade e abuso de álcool²¹. Existe portanto muitas dúvidas e críticas a respeito deste tema²².

Se somarmos os motivos de consulta (TABELA 4): controle de saúde, mostrar exames e atestado de saúde encontraremos um total de 57,8% de hipertensos que procuram o DDA sem queixas ou sintomas específicos. Isto provavelmente deva-se ao fato bem conhecido de que a HAS é em grande parte assintomática e silenciosa até que se desenvolvam complicações¹. Isto é importante na medida em que acredita-se que dos adultos brasileiros considerados hipertensos ($\pm 15\%$ da população adulta), metade não sabe que o é e a metade dos outros não se trata adequadamente restando portanto apenas 25% dos hipertensos recebendo tratamento adequado²⁰.

Outro aspecto a ser salientado foi a confirmação da visita domiciliar (realizada em 05 pacientes hipertensos) durante o internato em saúde pública (TABELA 4). É através da visita domiciliar que se impõe um novo paradigma na relação médico-paciente, onde o médico é que vai a procura do paciente, pede licença para entrar em seu domicílio e tem a oportunidade única e ímpar de observá-lo em seu lar. Só neste instante é que se pode realmente verificar aspectos ocultos à consulta clássica dentro de um consultório, como a dinâmica familiar, a relação complexa entre paciente - doença - meio ambiente, verificar as verdadeiras dificuldades socio-econômicas, bem como as verdadeiras condições sanitárias. No caso específico da HAS pode-se descobrir porque o paciente não está indo ao posto (impossibilidade de locomoção? desmotivação?) e descobrir a causa da baixa aderência ao tratamento. Além destes aspectos, é gratificante profissional e pessoalmente confirmar que um povo tão sofrido é ao mesmo tempo tão acolhedor.

Na TABELA 06 obtivemos uma idéia de co-morbidade. Através desta tabela descobrimos que 42,1% dos pacientes hipertensos tinham apenas a

hipertensão como único problema (listado em seus arquivos). Como em nosso trabalho não se propôs à investigação minuciosa de lesão em órgãos alvo não podemos inferir se este número é verdadeiro ou não. Mas é importante destacar que os outros 57,9% dos hipertensos portavam também algum outro diagnóstico. Com isto a abordagem ao paciente hipertenso deve ser individualizada, mesmo porque trata-se de uma enfermidade multifatorial em que diversos fatores de risco e diferentes graus de complicações podem estar presentes num mesmo paciente.

O conhecimento da morbidade associada a HAS é um dentre vários indicadores que a Organização Panamericana de Saúde sugere para se analisar a situação da HAS²³ na comunidade e a partir de então elaborar programas de controle da HAS a nível da comunidade.

Modernamente a investigação clínico laboratorial básica do paciente hipertenso, sugerida nos mais recentes congressos de HAS^{1,2}, se resume a um exame de urina, creatinina, potássio, glicemia, colesterol e um eletrocardiograma; sem aquelas investigações onerosas e frustrantes realizadas no passado. Considerando-se isto pode-se entender porque o hipertenso atendido no nível local pode ser perfeitamente manuseado ficando o envio de pacientes com as formas graves, cada vez menos freqüentes, a um nível de maior especialização.

A doença associada mais freqüentemente à HAS em nossos pacientes foi Diabete Mellitus encontrada em 16,7 % dos casos. Acredita-se que a prevalência de HAS em diabéticos é pelo menos 2 vezes a da população em geral. Nossos dados coincidem com a literatura^{24,25} que relata 15 a 18% dos hipertensos como tendo diabetes e ainda que 50% dos pacientes com diabetes tem HAS. A prevalência de HAS aumenta com a idade e a duração do diabetes, sendo que a coexistência de duas doenças implica risco duplicado de morte por evento cardiovascular^{24,25}. As duas doenças são mais freqüentes entre aqueles de condições socio-econômicas precárias²⁵.

Não confundir demanda c/ prevalência, pode acontecer
449. Pode ter a ver c/ a pequena % de medicados?

Dislipidemia foi encontrada em 6,9% dos casos. Sabe-se que as disfunções do perfil lipídico são muito comuns nos hipertensos afetando 40 a 85% dos mesmos^{1,24}. É difícil explicar porque houve discrepância tão grande entre os nossos dados e a literatura. Uma das razões é que em nosso trabalho houve um predomínio nítido do sexo feminino e sabe-se que as mulheres são relativamente protegidas de eventos cardiovasculares e tem melhor perfil lipídico antes da menopausa^{1,2}.

ica como
comun-
ção? 59,6% dos hipertensos. Provavelmente a obesidade foi subestimada em nossa casuística, talvez por ainda não existir o hábito de encará-la como uma doença "isoladamente" e por conseguinte não se calculam medidas mais sensíveis como o IMC (Índice de Massa Corporal) nos pacientes; sendo diagnosticados então somente os casos mais evidentes. O estudo Nhanes II registrou prevalência de HAS 2,9 vezes superior em adultos com sobrepeso que em indivíduos com peso normal^{1,2,26}. Assim um cálculo tão simples quanto útil (IMC) poderia ser mais realizado nas consultas.

A asma ou atopia não é correlacionada com HAS, apareceu na TABELA 06 provavelmente devido a importante prevalência das mesmas na população em geral. Notamos ainda na TABELA 06 algumas complicações geralmente correlacionadas a HAS e seus fatores de risco como ICC, AVC, doença vascular periférica e ainda DPOC. Embora estejam aqui citadas não se pode falar com certeza em relação causa e efeito, uma vez que o estudo não se presta a tal fim. A depressão e/ou ansiedade (2,9% dos casos) pode dificultar a aderência ao tratamento da HAS bem como de outros fatores de risco cardiovascular¹. É ainda válido lembrar que vários agentes hipotensores (alfa-metildopa e betabloqueadores) podem causar depressão¹.

Na TABELA 07 notamos que 89,2% dos pacientes hipertensos não necessitaram de encaminhamento e ainda dos 10,8% de pacientes encaminhados alguns não o foram pela HAS em si, mas sim por outras doenças concomitantes.

outras, não ao
Entretanto tal constatação não pôde ser quantificada. Isto sugere que a grande maioria dos hipertensos do DDA UFSC-PMF pode ser manuseados apenas dentro do nível primário.

em to?
Na TABELA 08 confirmamos que a grande maioria (85%) dos hipertensos atendidos no DDA provém do mesmo bairro em que se situa o Centro de Saúde; e muitos do outro grupo na realidade vem de bairros vizinhos. Isto associado ao baixo número de encaminhamentos mais uma vez apoia a idéia que o nível de atenção primária no caso específico desta enfermidade, pode e se presta muito bem ao manuseio do paciente hipertenso sem que seja necessário grandes deslocamentos até o nível terciário.

Na TABELA 09 vemos a auto avaliação que o hipertenso do DDA UFSC PMF fez de sua saúde. A maioria considera sua saúde muito boa ou boa talvez refletindo mais uma vez a natureza assintomática de grande parte dos hipertensos. A TABELA 10 mostra que entre os que avaliam a saúde como muito bom e bom 45,8% recebem medicação, já 57,1% dos que avaliam como regular / ruim recebem medicamento. Assim a proporção de medicados é maior entre os que avaliam a saúde como regular ou ruim comparado com os que avaliam melhor a saúde. Isto provavelmente se deve ao fato de que os que recebem medicamentos devem ser pacientes mais graves ou com maior co-morbidade e/ou complicações. Ou o fato de receber medicamentos os faz sentir doentes.

Com relação à conduta médica diante do paciente hipertenso TABELA 11 e 12, vemos que em 28,4% deles optou-se apenas por orientação e 58,9% dos hipertensos foram medicados. Dos 41,1% de hipertensos não medicados não

Pergunta interessante p/ pesquisa antropológica.

sabemos até que ponto estes não necessitavam do tratamento medicamentoso (hipertensos leves) e/ou se são pacientes que aguardam exames.

CONCLUSÕES

O presente trabalho mostrou que o paciente hipertenso atendido no DDA UFSC PMF é em sua grande maioria do sexo feminino, já que na realidade as mulheres é que procuram mais os centros de saúde, com média de idade e as faixas etárias maiores que a população geral que vai ao DDA, ^{sugerindo} demonstrando uma correlação entre avanço da idade e HAS. Existe também correlação entre baixa escolaridade e HAS maior que na população geral que procura o acolhimento. O estado civil casado foi o mais freqüentemente encontrado. As ocupações mais características do sexo feminino prevaleceram (do lar, doméstica / faxineira) refletindo: a maior freqüência deste sexo na amostra, e junto com a escolaridade, um baixo nível sócio-econômico. Estes resultados foram semelhantes ao da literatura encontrada sobre o tema. ^{Ref}

Os dois motivos de consulta mais freqüentes entre os hipertensos são: controle de saúde e mostrar exames provavelmente devido a natureza assintomática da hipertensão na maioria dos casos. Cerca de 42% dos pacientes tinham somente a HAS como problema clínico encontrado, porém quando à ela se associava alguma doença a mais freqüente era a diabetes melitus.

Dos hipertensos 10,8% necessitaram de encaminhamentos sendo que a maioria dos mesmos eram atendido em Centros de Saúde do seu próprio bairro. Pouco mais da metade dos pacientes relata a autoavaliação da saúde como muito boa ou boa talvez novamente pela natureza assintomática de muitos dos mesmos. 28,4% dos pacientes receberam como conduta médica apenas orientação; 58,9% receberam tratamento medicamentoso.

Pelo fato da maioria dos pacientes que consultaram serem da mesma área que o Centro de Saúde, pelo baixo número de encaminhamentos necessários e por características da HAS pode-se especular que o nível de atenção primária é muito importante para a detecção, avaliação, tratamento e até prevenção primária da HAS, a qual se constitui um importante problema de saúde pública. Sugere-se rever o conceito de consulta nova ou retorno bem como motivar o cálculo do IMC para melhor diagnóstico da obesidade. Seria também importante investigar melhor a cobertura da atenção primária diante da hipertensão. *↗ não tá na discussão*

REFERÊNCIAS

1. Comissão de redação. IIIº Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial 1998, Campos do Jordão-SP.
2. The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Pressure (JNC VI). National Institutes of Health National Heart, Lung, and Blood Institute National High Blood Pressure Education Program. NIH Publication N° 98-4080, november 1997.
3. De Paiva LM, Da Silva AMA. Cardiologia psicossomática. In: Medicina Psicossomática. 3.ed. São Paulo: Artes Médicas; 1994. p.565-94.
4. Organización Panamericana de la Salud. La hipertensión arterial como problema de salud comunitario. Serie Paltext n° 3. Washington. DC; 1990. p.1-26.
5. Como diagnosticar e tratar hipertensão arterial. RBM 1997; 54 - edição especial: 120.
6. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. Informe epidemiológico do SUS 1993, mai/jun: 59-75.
7. Ustaran JK. Hipertensión arterial y salud pública. Bol. Acad. Nac. Med. B. Aires 1996; Supl: jul-dic: 213-29.
8. Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Rev. Saúde Pública 1994; 28(4):261-7.
9. Lolio CA, Pereira JCR, Lotufo PA, Souza JMP. Hipertensão arterial e possíveis fatores de risco. Rev. Saúde Pública 1995; 27(5):357-62.

10. Da Silva GC. Motivos mais freqüentes de consulta em ambulatório [Trabalho de conclusão do curso de Medicina UFSC]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. 24p.
11. Tavares M, Takeda S. A prática da atenção primária à saúde. In: ^{Autores} Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. páginas
12. Campana AD. Pesquisa clínica - estudos observacionais. In: Introdução à investigação clínica. 1.ed. Botucatu. São Paulo: Trianon; 1995. p.87-99.
13. Duncan BB, Mengue SS. Aspectos das condições de saúde da população brasileira. In: ^{Autores} Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. P
14. He J, Whelton PK. Epidemiology and prevention of hypertension. 1997; 81(5):1077-1097.
15. Rosa, AA. Importância da identificação precoce dos fatores determinantes de hipertensão arterial sistêmica. Revista Amrigs 1996; 40(3):186-89.
16. Lolio CA. Prevalência da hipertensão em Araraquara. Arq. Bras. Cardiol 1990; 55(3):167-73.
17. Souza LM, Filho SB, Cangro EF. A hipertensão arterial na cidade do Rio de Janeiro. Rev. Socerj 1988; 1(1):5-13.
18. Ayres JEM. Prevalência da hipertensão arterial na cidade de Piracicaba. Arq. Bras. Cardiol 1991; 57(1):33-6.
19. Klein CH, Araújo JWG. Fumo, bebida alcoólica, migração, instrução, ocupação, agregação familiar e pressão arterial em Volta Redonda, Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública 1985; 1(2):160-76.
20. Tiradentes JÁ, Nogueira E, Pacheco LA. Hipertensão. Brainstorm Projetos Especiais.

21. Fuchs FD, Moreira LB, Moraes RS, Bredemeier M, Cardozo SC. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica e fatores associados na região urbana de Porto Alegre. Estudo de base populacional. Arq. Bras. Cardiol 1995; 63(6):473-9.
22. Cordeiro R, Fischer FM, Lima Filho EC, Filho DCM. Ocupação e hipertensão. Ver. Saúde Pública 1993; 27(5):380-7.
23. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Control de la Hipertensión a Nivel de la Comunidad. In: Organización Panamericana de la Salud. La Hipertensión Arterial como Problema de Salud Comunitario. Serie Paltext nº 3. Washington DC; 1990. p.29-40.
24. Fatores de risco cardiovasculares. Perguntas e respostas. Suplemento do centro de pesquisa farmacológica servier. 96N x 06B.
25. Zanella MT, Ferreira SRG, Ribeiro AB. Hipertensão arterial e diabete melito. Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão 1998 1(2):55-60.
26. Fagundes VGA, Barroso SG, Francischetti EA. Hipertensão e obesidade. Revista da Sociedade Brasileira de Hipertensão 1998; 1(2):61-72.
27. Duda NT, Lisboa HR, Portella M, Krah M, Portela SN, Giongo JB. Hipertensão arterial sistêmica, epidemiologia e prevenção no Rio Grande do Sul. Arq. Bras. Cardiol 1994; 63(5):445-9.
28. Duncan BB, Schmidt MI, Polanczyk CA, Homrich CS, Rosa RS, Achutti AC. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. 1993; 27(1):143-8.
29. Lolio CA. Epidemiologia da hipertensão arterial. Ver. Saúde Publ. SP 1990; 24(5):425-32.

30. Rouquayzol MZ, Nelas FMF, Vasconcelos JS, Bezerra RCF, Gomes ILP, Bezerra FAF. Fatores de risco na doença coronária. Inquérito epidemiológico em estratos habitacionais de um bairro de Fortaleza. Arq. Bras. Cardiol 1987; 49(6):339-47.
31. Filho CF, Filho BL, Pouda RM, Ferreira C. Hipertensão arterial como problema de saúde pública. JBM 1996; 71(5/6 nov-dez):100-2.
32. Costa EA. Simpósio hipertensão arterial como problema de massa no Brasil. Magnitude da hipertensão arterial no Brasil. Ciência e Cultura 1983; 35(11):1636-54.

NORMAS ADOTADAS

O presente trabalho segue a normatização dos trabalhos científicos do Curso de Graduação em Medicina. Resolução número 001/97 do colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis - SC - 1999.

RESUMO

Perfil do paciente hipertenso atendido no Distrito Docente Assistencial UFSC - Prefeitura Municipal de Florianópolis no período de outubro de 1998 a fevereiro de 1999.

AUTOR: Michelangelo Antunes Ferreira

INSTITUIÇÃO: UFSC

O objetivo deste estudo foi descrever: o perfil sócio-econômico, demográfico e clínico dos hipertensos atendidos no DDA UFSC-PMF; a conduta médica; o número de encaminhamentos e a autoavaliação de saúde. Correlacionar com amostra do acolhimento. Método: Os dados registrados em arquivos de 102 hipertensos atendidos no DDA UFSC-PMF por 53 estudantes de Medicina *consultas* (supervisionados por médicos) durante o internato em saúde pública 98-2. Resultados: Predomínio do: sexo feminino, faixa etária mais avançada e baixa escolaridade em relação ao encontrado no grupo controle (acolhimento). O estado civil casado e as ocupações femininas prevaleceram. Os dois motivos de consulta mais freqüentes foram: controle de saúde e mostrar exames. Diabetes foi a doença associada mais freqüente. 10,8% dos hipertensos necessitaram de encaminhamento e a maioria da amostra era atendida no centro de saúde do seu próprio bairro.

Conclusão: O perfil do hipertenso ficou caracterizado conforme descrito acima e o nível de atenção primária é importante para a abordagem da HAS como problema de Saúde Pública.

SUMMARY

Profile of the patient with hypertension assisted in DDA UFSC PMF between October (1998) to February (1999).

AUTOR: Michelangelo Antunes Ferreira

ESTABLISHMENT: UFSC.

The purpose of this study was describe: the demographic and clinical socioeconomic profile of the patient with hypertension assisted in DDA UFSC PMF; the medical conduct; the number of directions and estimate their own evaluation of health. To correlate with sample of the reception. The method was the data registered in files of 102 patients with hypertension assisted in DDA UFSC PMF by 53 students of medicine (supervised by doctors during the boarding school in public health 98-2).

Results: Prevalence of the: feminine sex, more advanced age group and it lowers scholarship in relation to the found in the group it controls (reception). The married civil state and the feminine occupations prevailed. The two more frequent consultation reasons were: control of health and to show exams. Diabetes went to more frequent associated disease. 10,8% of the hipertensos needed direction and most of the sample was assisted in the center of health of its own neighborhood.

The conclusion was that the profile of the patient with hypertension was characterized as described above and the level of primary attention is important for the abordage of the hypertension because it is a problem of public health.

APÊNDICE

Arquivo didático-pedagógico utilizado no internato em saúde coletiva 98-2 no DDA UFSC PMF pelos doutorandos do curso de Medicina.

ATENDIMENTO GERAL	
☒ Data:	/ /
☒ Consulta:	• () Nova • () Retorno • () Triagem • () Ginecologia • () Pediatria • () Clínica Médica • () Clínica Cirúrgica
☒ Nome:	
☒ N° Prontuário:	
☒ Data de Nascimento:	/ /
☒ Sexo:	• () Masculino • () Feminino
☒ Estado Civil:	• () Solteiro • () Casado • () Separado • () Viúvo • () União Estável
☒ Ocupação:	
☒ N° de moradores:	
☒ Escolaridade:	• () Analfabeto • () 1° grau completo • () 2° grau completo • () 3° grau completo.
☒ Bairro Onde Mora:	
☒ Motivo da Consulta:	
☒ Problema:	
☒ Conduta:	• () Orientação • () Medicação: • () Pedido de Exames, Quais?
☒ Houve Encaminhamento?	• () Não • () Sim. Serviço:
☒ Como Avalia sua Saúde?	• () Muito Boa • () Boa • () ± • () Ruim • () Outros:

**TCC
UFSC
SP
0001**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC SP 0001

Autor: Ferreira, Michelan

Título: Perfil do paciente hipertenso at



972807773

Ac. 254080

Ex.1 UFSC BSCCSM